EnfermeríaNeonatal

El cuidado intercultural de enfermería en servicios de Maternidad y Neonatología

Intercultural nursing care in Maternity and Neonatology services

Cuidados de Enfermagem Interculturais em Serviços de Maternidade e Neonatologia

Lic. María Cristina Malerba°

RESUMEN

Si bien se han identificado múltiples publicaciones de enfermería sobre cuidados interculturales en el ámbito sanitario son escasas las referidas a las particularidades de las personas recién nacidas (RN) prematuras o enfermas internadas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Frente a la creciente Inmigración desde diferentes países de jóvenes en edad reproductiva es frecuente la demanda de atención sanitaria en Maternidades y eventualmente en los servicios de Neonatología.

Las familias que transcurren la gestación y el parto recién emigradas estarán en situación de gran vulnerabilidad y estrés dadas las barreras culturales e idiomáticas a las que se ven expuestas. La internación de su hijo/hija RN en un servicio de cuidados intensivos, puede ser una situación traumática y difícil de entender y afrontar.

Este artículo parte de experiencias profesionales con comunidades de diferentes procedencias en el ámbito hospitalario y tiene el objetivo de explorar la relación salud-cultura contemplando la diversidad en los escenarios sanitarios actuales, analizar las prácticas y recursos necesarios para que el equipo profesional brinde apoyo y acompañamiento a las familias migrantes de manera inclusiva, dándoles el protagonismo y confianza en la comunicación que requieran para entender lo que ocurre con su RN, respetando sus demandas, costumbres y necesidades particulares. Se brindan algunas propuestas de cuidado asistencial y en la gestión intercultural en la UCIN. También se mencionan las barreras y dificultades del equipo neonatal para brindar estos cuidados especiales interculturales, la falta de recursos profesionales para apoyo idiomático, y las limitaciones propias de acuerdo con la subjetividad de cada uno frente al inmigrante como "el otro diferente". La otredad es inherente al cuidado intercultural.

Palabras clave: *cuidado intercultural, migración, maternidades, enfermería neonatal.*

ABSTRACT

Although multiple nursing publications on intercultural care in the health field have been identified, there are few that refer to the particularities of premature or sick newborns (NBs) admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). Faced with the growing immigration of young people of reproductive age from different countries, there is a frequent demand for health care in Maternity Hospitals and eventually in Neonatology services.

° Licenciada en Enfermería. Miembro del Comité Ejecutivo de la Revista Enfermería Neonatal.
ORCID: 0000-0003-0012-3273
Correspondencia: crismalerba@gmail.com
Conflicto de intereses: ninguno que declarar.
Recibido: 11 de junio de 2023.
Aceptado: 30 de julio de 2023.
ARK-CAICYT: http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s25916424/pkitkpqjl

Families undergoing gestation and childbirth recently emigrated will be in a situation of great vulnerability and stress given the cultural and language barriers to which they are exposed. The hospitalization of their newborn infant in an intensive care service can be a traumatic and difficult situation to understand and face.

This article is based on professional experiences with communities of different origins in the hospital environment. The objective is to explore the health-culture relationship, contemplating diversity in current health scenarios, analyzing the practices and resources necessary for the professional team to provide support and accompaniment to migrant families in an inclusive manner, giving them the leading role and confidence in the communication that require to understand what happens with their RN, respecting their demands, customs and particular needs. Some proposals for care and intercultural management in the NICU are provided. Also mentioned are the barriers and difficulties of the neonatal team to provide this special intercultural care, the lack of professional resources for language support, and their own limitations according to the subjectivity of each one in front of the immigrant as "the different other". Otherness is inherent in intercultural care.

Keywords: *intercultural care, migration, maternity, neonatal nursing.*

Resumo

Embora tenham sido identificadas múltiplas publicações de enfermagem sobre cuidado intercultural na área da saúde, poucas referem-se às particularidades de recém-nascidos (RN) prematuros ou enfermos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Diante da crescente imigração de jovens em idade reprodutiva de diversos países, é frequente a demanda por atendimentos de saúde em Maternidades e eventualmente em serviços de Neonatologia.

As famílias em fase de gestação e parto recentemente emigradas estarão numa situação de grande vulnerabilidade e stress devido às barreiras culturais e linguísticas a que estão expostas. A internação de seu filho/a RN em um serviço de terapia intensiva, pode ser uma situação traumática e difícil de entender e enfrentar.

Este artigo é baseado em experiências profissionais com comunidades de diferentes origens no ambiente hospitalar e tem como objetivo explorar a relação saúde-cultura, contemplando a diversidade nos cenários de saúde atuais, analisando as práticas e recursos necessários para a equipe profissional prestar apoio e acompanhamento de famílias migrantes de forma inclusiva, dando-lhes liderança e confiança na comunicação necessária para entender o que está acontecendo com seu recém-nascido, respeitando suas demandas, costumes e necessidades particulares. Apresentam-se algumas propostas de cuidado e gestão intercultural na UTIN. Também são mencionadas as barreiras e dificuldades da equipe neonatal para prestar esse cuidado especial intercultural, a falta de recursos profissionais para suporte linguístico e suas próprias limitações de acordo com a subjetividade de cada um diante do imigrante como "o outro diferente". A alteridade é inerente ao cuidado intercultural.

Palavras-chave: *cuidado intercultural, migração, maternidade, enfermagem neonatal.*

Cómo citar: Malerba MC. El cuidado intercultural de enfermería en Maternidades y Neonatología. *Rev Enferm Neonatal*. Agosto 2023;42:6-15.

Nota: en el desarrollo del artículo se desea incluir a personas con autopercepciones de género diversas que tendrán acceso a la atención obstétrica y neonatal descriptas. Al acompañar a diferentes familias, los profesionales deben asegurarse de usar los términos con los que la familia se identifica, así como los pronombres deseados. Los equipos deben ser conscientes de la variedad de matices en torno al parto y la lactancia en la comunidad.

INTRODUCCIÓN

La población mundial crece y se vuelve cada vez más diversa, con un aumento de la migración internacional. Esta movilidad acarrea nuevas problemáticas y desafíos en las sociedades receptivas.

En referencia a las corrientes migratorias posteriores al 2000 en Argentina, puede decirse que hubo variaciones notables de acuerdo con las crisis económicas sucesivas y al cambio de políticas estatales con respecto a los migrantes que se produjeron desde fines de 2015. En estos períodos emigraron personas fundamentalmente de países limítrofes y en los últimos años también de Venezuela y Colombia, con quienes se comparte la misma lengua, excepto Brasil y poblaciones indígenas que no hablan español. Se reciben oleadas de inmigrantes de otros continentes (Europa, África y Asia).[1] Las condiciones socioeconómicas de los inmigrantes son diversas, algunos huyen de conflictos, persecuciones, hambre y falta de trabajo en condiciones de gran vulnerabilidad y otros grupos más recientes a partir de la guerra entre Ucrania y Rusia,

que pueden acceder a los servicios privados de salud. En todos los casos estas personas vivirán en mayor o menor medida situaciones de crisis por el desarraigo, y por los profundos cambios de sus vínculos sociales y afectivos que deberán ser tenidos en cuenta en el momento de brindar cuidados de salud, desde una perspectiva interdisciplinaria. En definitiva, toda esta población se convertirá en usuaria de los servicios sanitarios privados y públicos.

La Ley de Migraciones de 2003, adopta un enfoque de derechos humanos en el tratamiento de las personas migrantes;[2] establece que los ciudadanos de países miembros del MERCOSUR o de Estados allegados pueden obtener residencia mediante la acreditación de su nacionalidad y la carencia de antecedentes penales a la vez que deroga la antigua ley expulsiva de 1981.[1,3]

La mencionada norma de 2003, en cambio, garantiza la reagrupación familiar, el acceso igualitario a la educación y a la salud como derechos inalienables de las personas migrantes, estableciendo la igualdad de derechos entre ciudadanos/ciudadanas nacionales y extranjeros/as. Esto resulta un polo de atracción para quienes provienen de países con mayores restricciones económicas en poblaciones de bajos recursos, que no podrían acceder a la educación y salud públicas y gratuitas en sus propios lugares. Estos procesos migratorios tienen impacto inevitablemente en el sistema de salud. Sin embargo, esta ley, que sigue siendo vulnerada, no garantiza la modificación de prácticas sociales discriminatorias ya instaladas; sentimientos de rechazo, temor o desconfianza, que se construyeron históricamente sobre el sujeto migrante, así como la resistencia de la sociedad a incorporarlos como parte de la identidad argentina, al igual que sucede con los indígenas nativos del territorio nacional. En el sector de la salud, la atención de la población migrante plantea tensiones por las mayores exigencias que no fueron contempladas en la formación de grado, ni en la integración de los equipos de salud.

Se suma la migración interna a centros urbanos. En Argentina se observa la tendencia universal de la migración del campo a la ciudad, o "éxodo rural" y una tendencia de concentración de la población en el área metropolitana. Poblaciones indígenas autóctonas se movilizan despojados de sus territorios ancestrales, y desplazadas en situación de vulnerabilidad social y económica.

De esta manera se han mencionado los diferentes grupos migrantes o desplazados en el territorio nacional que van a demandar atención sanitaria en el sistema público y privado.

¿QUÉ ES INTERCULTURALIDAD?

Para abordar el tema cultura en el ámbito de los servicios de salud y brindar al lector una mayor comprensión, se mostrará la diversidad de términos que se utiliza irreflexivamente, sin profundizar en sus implicancias. Se comenzará por presentar algunas de las definiciones que circulan.

Si bien no existe una definición acordada de cultura, puede resumirse que implica el énfasis en aspectos tales como normas compartidas, una misma lengua, creencias, comportamientos, percepciones particulares del significado salud y enfermedad, religión, rituales, vestido, vivienda, dieta.

Según Mira y Bastías (2021), la cultura es parte de la vida de todas las personas y se entiende como sistemas de saberes, prácticas e instituciones compartidas por los colectivos humanos, que se expresan en ideas y conductas transmitidas y, al tiempo, transformadas. Las culturas no son estáticas, sino que son transformadas por las personas a través de relaciones de poder.[4]

La investigadora autóctona Onorato Quispe (2013) desarrolla el concepto de cultura como un complejo entramado simbólico-material que construye cada sociedad, a lo largo de su historia, según su propia dinámica social y la de su entorno natural-social-espiritual-cósmico, y se modifica en el tiempo y en el espacio.[5]

Debe destacarse que, a pesar de pertenecer a un mismo colectivo y tener rasgos en común, cada individuo tiene características personales y no todos siguen el modelo de conducta estándar que propone su grupo cultural. Existe la diversidad de culturas, pero existen también la diversidad, la pluralidad, la individualidad de los seres humanos.[6] Esto alerta sobre la tendencia que suele existir en los servicios de salud por emplear estereotipos, con conductas supuestas que se asignan a pacientes y familias según su pertenencia étnica y cultural. Además, no se puede hablar de una cultura sin conocer el contexto social y económico en que se desarrolla, ya que cada individuo va a reflejar y expresar la realidad histórica en que él vive, su historia personal y social.

La enfermería transcultural o etnoenfermería que desarrolló la teórica Madeleine Leininger en la década del 60, sentó las bases del desarrollo de este campo de conocimiento, de su propia teoría y de la asistencia basada en las diferencias culturales. Si bien merece un reconocimiento, este modelo ha recibido en las últimas décadas cuestionamientos de investigadores en el campo de la enfermería, propios del dinamismo de los cambios sociales y políticos y la misma configuración del mundo actual. Leininger, desde un enfoque culturalista no prioriza los aspectos estructurales y

políticos dentro de la desigualdad de las minorías étnicas y así se minimizan los roles del racismo y la desigualdad social en el estado de salud de estos grupos. Fornons Fontdevila (2010) reconoce los buenos propósitos de Leininger, pero destaca que los cuidados transculturales propuestos parten de un concepto de salud eurocéntrico, con el objetivo de eficiencia donde, si bien las incluye y trata de entenderlas, las diversidades no son partícipes de la planificación del cuidado, por cuanto se basa en la cultura dominante del sistema sanitario (en este caso enfermería). En definitiva, se establece una sutil relación de poder que no es dialógica ni igualitaria.[6]

También pueda hablarse de las microculturas, como la referida a los componentes de la vida institucional que se comparten en un servicio o departamento del hospital que son prácticas normatizadas, actitudes y forma de interrelacionarse que se consideran aceptables en ese equipo de trabajo.

Al hablar de interculturalidad, es necesario distinguirla de los conceptos de multiculturalidad y pluriculturalidad, ya que habitualmente se utilizan como sinónimos. La multiculturalidad reconoce la existencia de múltiples culturas dentro de un determinado espacio, que pueden no tener una relación entre ellas, con una segregación entre sí y cerradas sobre sí mismas, inclusive ligada a veces al rechazo entre culturas. La pluriculturalidad, en cambio, hace referencia a la convivencia de varias culturas en un mismo espacio nacional, pero sin una interrelación equitativa.[7] Podría decirse entonces que Argentina es una sociedad pluricultural.

La salud intercultural convoca a una mirada integral del sujeto, a alejarse del modelo clásico biologicista y aceptar con respeto los saberes y las medicinas que traen otros pueblos, sin imponer la supremacía de la medicina que aquí se ejerce, como verdad incuestionable. Es un modelo realmente transformador, que intenta terminar con la desigualdad entre una cultura dominante y una dominada, construyendo una convivencia de respeto, intercambio y diálogo que incorpora otras miradas del mundo, de la salud y la enfermedad; otras cosmovisiones que suman y enriquecen.[8]

PARIR Y NACER LEJOS DE CASA

Según estadísticas que cita el Ministerio de Trabajo, Empleos y Seguridad Social, del total de migrantes internacionales en 2020, el 49 % son mujeres y el 51 % son varones. En la población no migrante, estos valores se ubican en el 42 % y el 58 %, respectivamente. Estas cifran expresan la modificación de estos últimos años del perfil de las personas que ingresan al país, frente a la creciente pauperización de la región. La población migrante que ingresa a las grandes ciudades de Argentina se ha feminizado en forma paulatina, con requerimientos de salud propios, de manera que han llegado a constituir una proporción significativa de usuarias en las Maternidades especialmente en Buenos Aires. Si se analiza la composición por sexo según el país de origen de los migrantes de los principales grupos migratorios, se observa que el colectivo con mayor componente masculino es el boliviano, con 157,8 varones cada 100 mujeres, seguido por el venezolano, con 124,1 varones cada 100 mujeres. En la situación opuesta se encuentran los migrantes provenientes de Perú: 6 de cada 10 son mujeres. una alta concentración. Hay una alta concentración masculina entre los 25 y los 39 años, En las mujeres, la distribución es más pareja, con una participación similar entre los 25 y los 54 años.[9]

Las desventajas de ser migrante reciente, es la alta probabilidad de vivir con escasos recursos en lugares precarios con acceso reducido a los servicios de salud, el desconocimiento del idioma, la falta de comprensión del funcionamiento del sistema sanitario, desconocer cómo viajar o no contar con nadie para cuidar a los niños y niñas.

Por lo tanto, muchas de estas personas gestantes retrasan sus controles médicos, a veces ignoran ser portadoras de patologías graves y tratables tales como hipertensión arterial, diabetes, anemia, infecciones endémicas, que detectadas y tratadas podrían prevenir consecuencias graves para ellas y el feto tales como partos prematuros, bajo peso al nacer o infecciones congénitas.[10]

A veces el retraso en el reconocimiento de la enfermedad debido a barreras de comunicación se vincula con que suelen ser estigmatizadas en las instituciones cuando reciben cuidado de parte de sanadores de su comunidad por enfermedades potencialmente graves. La mala comunicación entre una persona gestante migrante nativa o extranjera residente y el personal sanitario puede tener consecuencias que van a perjudicar directamente a la calidad de la atención, aumenta el riesgo de malos resultados clínicos del niño/niña por nacer, de la salud de las personas gestantes y la insatisfacción de profesionales y pacientes. Hasta puede llegar a emitirse un diagnóstico equivocado o incompleto, pérdida de confidencialidad de la consulta médica y por lo tanto mayor resistencia a visitar los servicios médicos.[11]

Es posible que estas personas gestantes ingresen al hospital en pleno trabajo de parto, acompañadas por familia, pareja o alguien de su propia comunidad.

Corresponde que se le pregunte la posición que desea adoptar durante el parto, respetar su vestimenta, la cabeza tapada, si es su necesidad, en vez del clásico camisolín que habitualmente se provee.

Diferentes sociedades enfocan de distintas maneras los partos, los nacimientos, los cuidados y crianzas. Claramente no puede haber una sola forma de cuidar desde el equipo de salud, y, como indica la Ley de Parto Humanizado vigente,[12] se contemplarán los deseos y la elección del acompañante que la persona gestante decida. Es hora de abandonar el viejo lema "acá se hace así" usado para imponerse. Se debe ir más allá de la buena voluntad, que no es suficiente, y optimizar la gestión de medios para comunicarse e interpretar a las personas que hablan lenguas diversas y establecer un vínculo que les permita confiar.

Para algunos pueblos es imprescindible la conservación de la placenta con la que se realizan rituales; la negativa de las instituciones públicas a entregarla a la familia, por supuestas razones de bioseguridad, puede afectar notablemente su vínculo con el sistema, hasta preferir el parto domiciliario. Desde 2017, todas las mujeres chilenas por decreto de ley, pueden solicitar la entrega de su placenta luego del parto.[13] Este sería un ejemplo en el cual el Estado contempla el derecho legítimo de las familias a realizar sus rituales.

A las Maternidades llegarán personas con bajo nivel de expresión del dolor, con tolerancia y falta de quejas explícitas, las cuales pueden interpretarse erróneamente como ausencia de dolor.[14] Habrá culturas que se oponen a la cesárea necesaria por miedo a la infertilidad, a la anestesia, sin embargo, es posible que desconozcan cada posibilidad si no se les explica, que provengan de sociedades en que no gozan de derechos, o los desconozcan. A veces temen aceptar modalidades que desearían por someterse a las restricciones familiares y controles de los mayores de la familia o pareja. Estas restricciones incluyen la dieta en el puerperio inmediato, sin embargo, con frecuencia el hospital prohíbe a las familias traer alimentos o por el contrario se desentiende de la alimentación por la suposición de que siempre hay una familia extensa para proporcionarla. La nutrición puede ser particularmente importante en el puerperio y las personas sentirse agraviadas por la falta de interés en su bienestar de parte de los equipos perinatales.

En las culturas de algunas personas migrantes, ya sean de otros países o autóctonas, se acostumbra atender y mimar a quienes han parido frente al contraste del autocuidado impuesto que ofrecen las Maternidades en el país, lo que les resulta incomprensible y muy duro.[14]

A veces los acompañantes quedan al margen frente al régimen restringido de horario de visita o del ingreso de niños y niñas en las Maternidades públicas. En el caso de las personas indígenas de culturas andinas, las parejas generalmente participan activamente del parto y cuidados, realizan los rituales necesarios de agradecimiento que auguren salud y bienestar a ambos; en las instituciones tales rituales se realizarán ocultamente o en silencio.

A diferencia de la práctica local y mayoritaria, algunas culturas no expresan su cariño por la persona recién nacida, porque creen que demostrarles demasiada atención puede atraer a la mala suerte. No significa desamor ni indiferencia, sino protección hacia el hijo/hija, actitudes que pueden desencadenar hostilidad en algunos integrantes del personal.

En una publicación de 1993, Isobel Bowler describe los resultados de un estudio étnico en el que se investigan las experiencias en Maternidades británicas de mujeres provenientes de países del sur de Asia.[15] Se utilizaron cuestionarios y relatos de pacientes y de las obstétricas o parteras que las asistieron. Se observó la construcción de estereotipos por las parteras basados en cuatro temas fundamentalmente: las dificultades en la comunicación, la falta de adhesión a las normas de cuidados y el abuso de los servicios de la Maternidad pública, la tendencia a hacer escándalo por nada y la falta de "instinto maternal normal". Bajo el concepto de que todas las personas gestantes asiáticas son iguales, las parteras las tipificaron y a partir de esto, asumían cuáles eran las necesidades y deseos de todas ellas. Esta estigmatización era percibida por pacientes que, como todos los integrantes de minorías étnicas, son particularmente sensibles, ya que esta actitud es extensiva a toda la sociedad, y es pilar del racismo que contribuye a la inequidad en salud. Ser víctima de la discriminación puede ocasionar un gran estrés.

El choque de culturas con la propia provoca tensiones, malinterpretaciones y desorientación en el personal, que aún bienintencionado, tiende a crear categorías por país de origen. Las principales dificultades que los profesionales suelen mencionar estigmatizan a estas personas (falta de higiene, olores, resistencia a bañarse en el puerperio), generan incomodidad en el trabajo y molestia probablemente en las familias.[15]

En el caso de que el niño o niña haya nacido antes de tiempo, enfermo o surjan complicaciones en sus primeros días de vida, se inicia una nueva problemática: el traslado y la internación en Neonatología. Aquí el desafío para el equipo es aún mayor, informar y darle participación a la familia.

PRIMERA BARRERA EN LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL: LA DIVERSIDAD DE LENGUAS

La lengua oficial de un país es la que se impone como única legítima a todos sus habitantes en los límites territoriales. Existen casos de países en que oficialmente se reconocen dos idiomas como Canadá y Paraguay. Si bien en el territorio que hoy se llama Argentina convivieron ancestralmente otras lenguas, y que, en su mayoría, siguen vigentes en poblaciones indígenas, la lengua oficial es el español. Luego, las lenguas se influyen entre sí, y le dan a cada una, fisonomía particular, con huellas dejadas por esta coexistencia y que se evidencian con las variables locales de los países de Latinoamérica.

Por esta razón puede decirse que los intercambios lingüísticos son relaciones de poder simbólico donde actúan factores de fuerza entre el hablante de la lengua oficial predominante y el que no lo es. En la constitución de la identidad individual, desde la transmisión al nacer de la lengua materna, esa persona se constituye como miembro de un universo, de una comunidad determinada, en la medida en que se integra al discurso familiar, social y cultural que lo precede.[14] La lengua, constituye, por lo tanto, un pilar fundamental de la identidad individual y colectiva.

Comunicarse de manera efectiva y adecuada a través del idioma, puede ser un desafío con muchas posibilidades de malentendidos y ofensas.[16] Cuando los profesionales de la salud no logran comunicarse de manera efectiva con las personas que asisten, pueden enojarse y frustrarse, lo que se manifestará en señales no verbales y ser percibido por los pacientes y las familias como ofensivo. A veces alguno de la familia con mayor tiempo de residencia, actúa como mediador, pero esta práctica puede ser riesgosa por cuanto vulnera la confidencialidad y afecta la autonomía de las personas gestantes o puérperas porque no tienen control sobre el mensaje en su nombre.

Enfermería deberá tener conciencia de su propia gestualidad, proclive a interpretaciones erróneas, y de las señales no verbales con empatía y paciencia. Al no tener un idioma común entre familias migrantes y personal es necesario buscar alternativas de comunicación. En países receptivos con alto grado de inmigración, inclusive refugiados, existen servicios estatales de líneas de intérpretes que facilitan la comunicación. Se reporta la experiencia en Granada, España, de la elaboración por parte de enfermería de un pictograma virtual, en el que se intentó reflejar en imágenes elaboradas en base a las expectativas y necesidades de las usuarias/usuarios inmigrantes y del personal en el trabajo de parto y parto.[17] A falta de este soporte estatal, los recursos que actualmente utilizan con frecuencia los profesionales en Argentina son aplicaciones de traducción simultánea a través del teléfono móvil (teletraducción). Algunos casos excepcionales como las actuales inmigrantes rusas, traen su propio intérprete a las consultas, pero en las internaciones en Maternidad y Neonatología no es un recurso permanente. Es fundamental el registro de manera rutinaria en la historia clínica de la lengua que habla la persona gestante. A veces están disponibles entre el personal colaboradores que pueden actuar ocasionalmente como intérpretes.

INTERCULTURALIDAD EN LA UCIN

Si bien el nacimiento, la enfermedad y la muerte son comunes y universales a la especie humana, cada cultura tiene diferentes formas de atravesar estas experiencias de acuerdo con su cosmovisión. Las personas gestantes migrantes padecen vulnerabilidad y menor acceso a los controles, como ya se ha explicado, y por lo tanto mayor riesgo de tener hijos/ hijas prematuros o de bajo peso, y un inicio más complejo de su materpaternidad en una UCIN, marcada por la temprana separación de su hijo/ hija y la presencia de tecnología abrumadora en un país diferente al suyo.[18] Durante la estadía en el hospital, las familias no sólo deben lidiar con situaciones de estrés propias del ambiente de la Unidad, sino que también deben enfrentar la soledad y la ausencia de la contención social de su comunidad.

El concepto de maternidad está considerado como una construcción social y es susceptible a los cambios sociales, políticos, económicas y culturales.[4] El desafío que enfermería y el equipo tiene por delante es brindar cuidados de calidad elaborando planes que no arrasen con las diferencias, contemplar las necesidades culturales individuales y reducir así las barreras que obstaculizan el ejercicio pleno de los derechos a la salud, como garantizan las leyes argentinas.[2]

En casos de Servicios insertos en hospitales de regiones donde se asiste mayoritariamente a una comunidad originaria, un importante nexo comunicativo serán los integrantes del equipo nativos de esta misma etnia. Es frecuente que en un hospital regional de derivación se reciban RN enfermos de diversas localidades. Es indispensable y respetuoso registrar en cada historia clínica la procedencia de la familia, no simplemente generalizando como indígenas, sino identificando la etnia a la que pertenecen, su lengua y si hablan español. La comodidad y simplificación que representa universalizar los cuidados o categorizar a pacientes y familias,

no es atención intercultural, la cual se basa en el respeto, la compasión y la solidaridad. Es necesario que enfermería conozca básicamente las modalidades de maternaje, de crianza, creencias y prácticas sanitarias de los diferentes grupos de la región en que trabaja, para un mejor entendimiento y facilitar el desarrollo de estrategias hacia una maternidad respetuosa e intercultural en las unidades de Neonatología. Para ello es conveniente que las instituciones organicen talleres con los integrantes del personal, abiertos a la comunidad, a fines de intercambiar expectativas y necesidades para la atención de sus gestaciones, partos y cuidados después del nacimiento.

Es destacable como ejemplo a imitar, la experiencia de la Maternidad Intercultural en Misiones, donde se desarrolló el modelo de Hospital Amigo de la Familia Indígena Mbya Guaraní. Para favorecer el conocimiento de la cultura en los equipos de atención, se incorporaron integrantes autóctonos a los equipos de salud. Se hizo señalética en toda el área perinatal en idioma guaraní y se readecuó el menú hospitalario respetando las restricciones alimentarias que la comunidad realiza durante el parto, puerperio y lactancia. Se hizo necesario garantizar el acompañamiento de las abuelas o parteras tradicionales que orientan, aconsejan y cuidan. Como hay una gran dispersión geográfica, con zonas de difícil acceso, se ofrece la Residencia para Madres cuyos hijas e hijos se internen después del nacimiento.[19]

Así como hace unos años se incorporaron los cuidados para el neurodesarrollo en las Unidades, o el parto respetado en las Maternidades, es hora de que los equipos y fundamentalmente enfermería, piense y elabore sus cuidados con la participación de las familias con su propia cultura, escuchando sus deseos y necesidades. Enfermería guía a las familias en el contacto con su hija o hijo recién nacido, dándoles el protagonismo y habilitándolas a desplegar sus capacidades. Es necesario promover capacitaciones en los servicios perinatales para la comprensión del modelo y la innovación de la enfermería.

Todo contacto entre diferentes culturas provoca tensiones, transformaciones, endurecimientos, conflictos, desorientación de los profesionales que deben salir de sus prácticas instaladas por un lado y nuevos conocimientos y experiencias por el otro.[14] Por lo tanto deberán planificarse políticas flexibles dentro de la Unidad, ingreso irrestricto de progenitores, ofrecerles permanecer durante los procedimientos sobre su hijo, permitir el eventual ingreso de un líder religioso. El trato amable, respetuoso y afectivo hacia la familia, va a permitir una corriente de confianza en quienes cuidan de su hijo/hija. Enfermería representa un factor de continuidad dentro del equipo por su mayor permanencia junto a la incubadora o cuna de su hijo/hija que permite que sea menos intimidante hacer preguntas, a diferencia del cambio frecuente del personal asignado, que impide la formación de alianza en el cuidado.

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO INTERCULTURAL EN NEONATOLOGÍA

- Indagar y registrar en la historia clínica del RN la nacionalidad de la familia, variables como etnia, ciudadanía, religión, orientación sexual o género autopercibido, cómo desean ser nombrados, precisiones sobre la lengua preferida, conocimiento de las lenguas oficiales, grado de alfabetización (fundamentalmente para saber si se pueden utilizar recursos de comunicación con textos).
- Planificar los cuidados y adaptar la vía de comunicación (presencial, telefónica, en español, o si hablan alguna lengua que el personal conozca) o según las posibilidades de la familia.
- Explicar las acciones y pedir permiso para tocar al niño/niña en presencia de la familia.
- Garantizar el derecho a la información constante sobre el estado del RN, si fuera necesario con un mediador en el idioma que sea capaz de transmitir conceptos médicos.
- Habilitar a los progenitores, los rezos, las cintas rojas o un amuleto protector que puede colocarse junto a la incubadora o en la tarjeta de identificación.
- Tener elaborados consentimientos informados e instructivos en diferentes lenguas para respetar la autonomía. El principio fundamental para establecer la capacidad de consentir procedimientos es la comunicación efectiva.[20]
- La continuidad de enfermería en cada turno no sólo es buena para el/la paciente RN y la familia, sino además ayuda a enfermería a compartir sus conocimientos y experiencia con su cuidador/cuidadora primaria.
- Contribuir a disminuir la angustia de la familia. Saber que no siempre contestarán rápidamente las preguntas. El interrogatorio clínico clásico de pregunta breve-respuesta breve, no se entiende muy bien fuera de la cultura occidental.[21]
- Conocer el grado de contacto físico que toleran según su cultura.

- Contribuir a la inclusión de la familia entre las demás familias de niños/niñas internados, ya que constituyen una importante fuente de apoyo y fortalecimiento, compartiendo experiencias.[5]
- La tecnología aplicada a los cuidados neonatales a veces entra en conflicto con los valores culturales de las familias por cuanto requiere explicación paciente.
- Habilitar los rituales o ceremonias que necesiten frente a la muerte del niño/niña; pueden requerir atención especializada ante la posibilidad de solicitarse una necropsia a la que suelen oponerse.

Un servicio de Neonatología amigable significa, entre otras cosas, que el equipo comprenda y respete la cultura y cosmovisión de las familias migrantes, sus creencias respecto de la maternidad, el parto, puerperio y crianza, la salud y enfermedad, la vida y la muerte. Por cuanto la Neonatología se ocupa de los niños y niñas más vulnerables, se hace indispensable que los equipos adopten un enfoque antirracista para reducir las inequidades en el acceso a la salud.

INMIGRACIÓN Y LACTANCIA EN NEONATOLOGÍA

El haber emigrado es un factor de riesgo para no optar por la lactancia. Habrá factores importantes para tener en cuenta que van a influir en la elección de amamantar en forma exclusiva o mixta, como la presencia en el país de otras personas mayores y experimentadas en sus modalidades de crianza, que puedan transmitir a las y los jóvenes inexpertos, las tradiciones y habilidades en la lactancia.

El inicio de la recolección de leche humana o el amamantamiento puede verse dificultado por todas las barreras hasta ahora mencionadas. Además, puede haber resistencia de algunas personas, especialmente chinas o vietnamitas a extraerse calostro por considerarlo sucio o viejo y esperan darles agua azucarada; se presenta un verdadero desafío para enfermería explicar los beneficios de la impregnación con calostro en sus hijos/hijas internados en la UCIN. Luego la continuidad de la extracción de leche se complicará si no es posible alojarse en la Residencia. En general no cuentan con apoyo ni familia que puedan cuidar de los otros hijos cuando su pareja trabaja, y en caso de poder trasladarse al hospital, lo deberá hacer con ellos. Cada cultura considera determinados alimentos como favorables en el puerperio y la lactancia, pero difícilmente estas pautas sean respetadas en el hospital. Las personas migrantes de Latinoamérica en general tienen lactancias prolongadas y aunque en cada país tendrán particularidades, pueden comunicarse en español y comprender las razones que enfermería argumente. Las personas emigrantes africanas suelen amamantar largo tiempo y acostumbran a establecer contacto físico estrecho con sus hijos/hijas desde el nacimiento, mientras que las musulmanas practican la lactancia (el Corán recomienda la lactancia durante dos años). A veces se recita una oración especial antes de comenzar el amamantamiento.

Las personas van desarrollando su forma de criar en las Unidades de Neonatología, de una forma particular por las circunstancias en las que se encuentran, surgen diferentes sentimientos y emociones que complejizan la vivencia de la crianza y la lactancia de un niño o niña enfermo o prematuro.[4]

No es esperable que enfermería tenga suficientes conocimientos y habilidades para brindar un servicio que sea culturalmente coherente con cada familia migrante. Por lo tanto, las competencias pueden desarrollarse gradualmente a través de capacitaciones, apoyo institucional, capacidad para resolver problemas de atención en la diferencia con ingenio y creatividad, colaboración interprofesional, satisfacción laboral, interés y compromiso.[22] La sensibilidad, la humildad cultural, por ejemplo, el deseo de saber más y la innovación son componentes claves.

GESTIONAR CON EL PROPÓSITO DE BRINDAR CUIDADOS INTERCULTURALES PERINATALES

La percepción de los coordinadores y gestores del área perinatal es que se recibe una carga no deseable y un recargo de trabajo que estos cuidados supuestamente implican al sector. Un argumento es que en general el personal es insuficiente para detenerse en las necesidades individuales de cada familia siendo este, uno de los factores de resistencia que se presentan.[20] En este caso no se está comprendiendo el verdadero cambio que la salud intercultural requiere; se trata de un cambio de filosofía del cuidado humanizado que contemple las necesidades culturales de las personas, no de tolerancia sino de reconocimiento, sin universalizar sus diagnósticos y tratamientos sin consideración por las subjetividades de las personas. Podrían emplearse varias herramientas de gestión para motivar al personal y crear un entorno de trabajo de apoyo en el que los y las profesionales asistenciales sientan que se tienen en cuenta sus preocupaciones. La gestión es esencial para promover un ambiente de trabajo en equipo y propósito común sin llegar al agotamiento y al estrés, ampliando su mirada con diversas estrategias y con el objetivo de incidir en la cultura de los

equipos e intentar articulaciones con las comunidades migrantes y originarias, así como con otros sectores del hospital que promuevan un diálogo intercultural. Se requiere un personal motivado, capacitado a través de talleres en diferentes turnos, con comprensión de que un cambio de paradigma en el cuidado significará notables mejoras en la calidad de atención y en la satisfacción. El compromiso de las autoridades y políticas al alcance del personal y del público son indispensables para lograr un cambio efectivo y pasar de la teoría a la praxis.

CONCLUSIONES

Es necesario recordar que, en todo cuidado de enfermería, interactúan dos culturas, la propia y la de la persona cuidada. Estas pueden ser coincidentes o no, pero definitivamente, van a impregnar el vínculo que se establezca. Para generar este vínculo es necesario el reconocimiento de enfermería de la propia identidad cultural, el cuidado hacia sí mismos, y el reconocimiento de la propia vulnerabilidad.[23] En la tarea de afrontar la complejidad cotidiana del trabajo clínico, enfermería se enfrenta a cambios vertiginosos, transiciones, negociaciones difíciles con equipo y con pacientes, lo que requiere reflexividad y aprendizaje permanente.

No se desea presentar aquí una conclusión cerrada, se espera que, a partir de lo expuesto, se problematice la necesidad de construir un modelo de salud intercultural en el sistema sanitario. Igualmente incorporar la problemática en los espacios de formación profesional de las distintas disciplinas relacionadas con la salud.

Es necesario reconocer que el racismo es tanto estructural como interpersonal, y que ambos aspectos deben abordarse simultáneamente. En Argentina se sostiene la falacia que no hay racismo, se sigue creyendo que los argentinos “bajaron de los barcos”, con el convencimiento de descender sólo de europeos blancos; se hacen invisibles los antepasados indígenas de gran parte de la población.

El racismo en la atención médica continúa instalando disparidades y sigue siendo una barrera para realizar los cambios propuestos. A fines de eliminarlo de raíz dentro de los Servicios, es responsabilidad de todos valorar la nacionalidad y la etnia de las personas a quienes se asiste para planificar cuidados en base a sus necesidades y deseos particulares. Boaventura de Sousa Santos, reconocido sociólogo portugués, refiere en 2006 que la naturalización de las diferencias oculta jerarquías y la monocultura del saber y el rigor produce “epistemicidio” (muerte de conocimientos alternativos).[23]

Por último, ejercer la profesión de enfermería significa poner en acción conocimientos y habilidades adquiridas a lo largo de la vida, saber a través de la reflexión crítica sobre todo lo que nuevas experiencias e investigaciones aportan, priorizando la seguridad y la calidad de la atención, con un enfoque humanístico, interdisciplinario e intercultural, que reconozca a las familias, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de las personas durante la gestación, del parto, del puerperio y del cuidado de los niños y niñas recién nacidos.

REFERENCIAS

1. Diloretto M. Migraciones, estructura social y políticas públicas: apuntes para repensar la Argentina contemporánea. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata. *Escenarios.* 2019;año 19(29).
2. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina. Ley 25871. Ley de Migraciones (2003). [Consulta: 6 de junio de 2023]. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/92016/texact.htm
3. Poder Ejecutivo Nacional de Argentina. Ley 22439. Ley Gral. De Migraciones y de Fomento de la Inmigración. (1981). [Consulta: 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22439-16176/texto
4. Mira A, Bastías R. Maternidad, migración y prematuridad: experiencias en una unidad de neonatología. *Cad Bras Ter Ocup.* 2021;29:e2946.
5. Onorato Quispe M. Conceptos y Concepciones de Salud, Salud infantil y adolescente/juvenil en las Culturas Autóctonas y su diferenciación con los establecidos por la Cultura Oficial”. Conferencia presentada en el 8º Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente, 5º Jornadas de Salud y Educación, XXVI Reunión de Comités de Adolescencia de ALAPE, Sociedad Argentina de Pediatría, mayo 2013, Buenos Aires, Argentina.

[Consulta: 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/IPeoples/EMRIP/Health/MarinaOnoratoQuispe.pdf

6. Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index Enferm. 2010;19(2-3). [Consulta: 6 de junio de 2023]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022.

7. British Association of Perinatal Medicine. Building Successful Perinatal Optimisation Teams. A Toolkit to support delivery of the Perinatal Optimisation Pathway. (2023). [Consulta: 6 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.bapm.org/resources/building-successful-perinatal-teams-doc

8. Stivanello MB. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. Revista de trabajo y ciencias sociales de la Universidad Nac del Litoral. *Margen.* 2015;76. [Consulta: 15 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf

9. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Departamento de Estudios Estadísticos, Gerencia Técnica, Subgerencia de Planificación. Informe anual sobre la situación de migrantes internacionales en el sistema de riesgos del trabajo. Febrero 2022. [Consulta: 12 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/situacion_de_los_migrantes_internacional_en_el_sistema_de_riesgos_del_trabajo_-_2020.pdf

10. UNICEF, Argentina. Larguía M, González M, Solana C, Basualdo MN, et al. Maternidad Segura y Centrada en la Familia con Enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. 2 ed. 2012. [Consulta: 10 de junio de 2023]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-con-enfoque-intercultural.

11. Duque-Páramo MC. Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2017;9(2):127-142. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145212857004.

12. Ley N° 25929 de Parto Humanizado. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Argentina. Promulgada: 17 de septiembre de 2004. Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural. 2018. [Consulta: 5 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf

13. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública. División Jurídica. Norma General Técnica No 189 para la Entrega de la Placenta. [Consulta: 13 de julio de 2023]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/NT-ENTREGA-DE-PLACENTA_01.pdf

14. Henderson J, Gao H, Redshaw M. Experiencing maternity care: the care received and perceptions of women from different ethnic groups. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Oct;13:196.

15. Bowler I. They're not the same as us: midwives´ stereotypes of South Asian descent maternity patients. *Sociology Health Illness.* 1993;15(2):157-178.

16. Higginbottom GM, Richter MS, Mogale RS, Ortiz L, et al. Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: an integrative review of the literature. *BMC Nurs.* 2011 Aug;3;10:16.

17. Recuerda Solana C, Riquelme Raya R, Gutiérrez Martínez MM, Martínez Gámez MM, Hidalgo Ruzzante N. Evaluación de medios de comunicación alternativos con mujeres inmigrantes de habla no hispana en partos. Biblioteca Las Casas, 2012; 8(1). [Consulta: 9 de junio de 2023].
Disponible en: http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0634.pdf

18. Puthussery S. Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2016 Apr;32:39-49.

19. Unicef, Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Guía para la implementación de una maternidad segura con enfoque intercultural Experiencia en la provincia de Misiones. 2020. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/Guia-para-la-implementacion-de-una-maternidad-segura-con-enfoque-intercultural.pdf

20. Profit J, Etchegaray J, Petersen LA, Sexton JB, et al. Neonatal Intensive Care Unit Safety Culture Varies Widely. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2012 Mar;97(2):F120-6.

21. Gentil García I. Competencia cultural en enfermería: población subsahariana. Cultura de los cuidados. 1er. Semestre 2010; Año XIV - 27. P 61-67. [Consulta: 9 de junio de 2023]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14391/1/CC_27_08.pdf

22. Leal L. Competencia cultural y compasiva en enfermería: de regreso a la esencia del cuidado. *Enfermería Comunitaria.* 2018;14:e12090.

23. de Sousa Santos B. La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes. En: Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social. Cap. I. Buenos Aires: Clacso; 2006, p. 13-41. [Consulta: 10 de junio de 2023]. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100825033033/2CapituloI.pdf